

Helse- og omsorgsdepartementet  
Postboks 8011 Dep

0030 OSLO

Dato: 13.01.2013  
Saksbehandler: Halfdan Aass  
Direkte telefon:  
Vår referanse: 12/04484-4 / 008  
Deres referanse: 201204100-/ATG

## **Høring - endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og implementeringen av pasientrettighetsdirektivet**

Det vises til Helse- og Omsorgsdepartementets utsending av ovennevnte høringsnotat 16.10.2012 med frist til å avgi hørings svar innen 16.01.2013. Vestre Viken har deltatt i drøfting av høringen i Helse Sør-Øst, som vil sende hørings svar på vegne av foretaksgruppen. Vi vil i tillegg komme med våre viktigste synspunkter.

### *Forslag om opphevelse av skillet mellom rettighets- og ikke-rettighetspasienter*

Det mest dyptgripende forslaget er å oppheve skillet mellom rettighets- og ikke-rettighetspasienter. Det kan føres argumenter både for og mot dette. Et viktig moment er spørsmålet om i hvilken grad man ønsker å bruke juridiske rettigheter på medisinske vurderinger som ofte er gjenstand for skjønn. Vestre Viken ønsker som foretak å påpeke noen momenter til diskusjonen, men uten å konkludere i spørsmålet. Den konkrete utformingen av en nyordning vil være avgjørende for hvordan den vil fungere.

Den sterkeste motforestillingen er at alle pasienter vil få en juridisk bindende frist for når helsehjelp skal gis, uavhengig av lidelsens alvorlighetsgrad. Alvorlighetsgraden av de lidelser spesialisthelsetjenesten i dag behandler er svært bred, fra sykdom som ubehandlet gir betydelig forkortet liv til enkle lidelser som kan være plagsomme, men med liten medisinsk alvorlighetsgrad. I de sistnevnte situasjonene vil en medisinsk forsvarlighetsvurdering tilsi at ventetiden kan være lang, mens pasientens forventninger og politiske målsetninger kan tilsi en kortere ventetid. For eksempel kan den nåværende målsetning om at ingen pasient skal vente lenger enn ett år være en rimelig og ønskelig målsetning både fra et pasient- og et behandlerperspektiv, men ut fra medisinsk forsvarlighet vil en rekke pasienter kunne vente utover dette. I lovforslaget står at fristen skal fastsettes i samsvar med det faglig forsvarlighet krever. Det må sikres gjennom klare veiledere at dette virkelig brukes som reelt kriterium for frist for behandling. En målsetning eller pålegg ut fra andre forhold om en viss maksimal ventetid må da ha annen begrunnelse enn medisinske forsvarlighet.

Pasientene skal selvfølgelig fortsatt prioriteres tidsmessig etter hastegrad. Det vil imidlertid være en risiko for at en juridisk bindende frist for også de enkle behandlingene, vil påvirke behandlingsforløpet for de alvorlige tilstandene. Ved kapasitetsutfordringer vil en bli fokusert på å oppfylle de juridiske rettighetene. Det er en risiko for at behandlingsforløpet for de alvorlige tilstandene kan bli forlenget utover det ønskelige (selv om man fortsatt ligger innenfor det medisinsk-forsvarlige) for å unngå at pasienter med enklere tilstander får fristbrudd. I

perioder opplever behandlere at tilstrømming av øyeblikkelig hjelp-pasienter og pasienter til elektiv utredning/ behandling for alvorlige tilstander blir større enn planlagt. Det gjør at elektiv virksomhet som kan utsettes, blir forskjøvet. Denne fleksibiliteten blir mindre hvis alle har en juridisk bindende behandlingsfrist.

Vi vil også påpeke at det er en risiko for at det kan oppstå konkurranse mellom å hindre fristbrudd for enklere tilstander og nødvendige kontroller av pasienter med mer alvorlig sykdom i situasjoner med kapasitetsutfordringer.

En juridisk bindende frist for alle pasienter som skal ha helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten vil høyst sannsynlig medføre et økt press på kapasiteten. Vi tror at en kapasitetsøkning vil måtte komme. Det vil føre til økte kostnader.

En opphevelse av skillet vil ha som positiv effekt at det vil forenkle de medisinsk-faglige vurderingene. Som påpekt i høringsbrevet, varierer andelen som blir gitt rett til nødvendig helsehjelp fortsatt betydelig, selv om forskjellene er blitt mindre. Det blir imidlertid svært viktig at en rettighetsbestemmelse er forankret i det medisinsk-faglige skjønn.

#### *Rett til vurdering*

Vurderingsfristen foreslås redusert til 10 virkedager. Dette støttes. Det er viktig å for pasient/ behandler å få rask tilbakemelding. Ved mistanke om alvorlig sykdom er det allerede i dag et krav om rask vurdering. Ved Vestre Viken vurderes i dag noe over 90 % av henvisningene i løpet av 10 kalenderdager. En kortere vurderingstid gir mindre anledning til å innhente tilleggsopplysninger. Etter vår mening bør det presiseres tydeligere enn i dag at vurderingen av henvisningen er av pasientens helsetilstand, og om den tilsier behov for hjelp i spesialisthelsetjenesten. Det er ikke et krav om at diagnosen skal være klarlagt i løpet av vurderingstiden. Her opplever vi jevnlig misforståelser i dag.

Selv om det ikke er direkte tema for høringen, vil vi anbefale at videre arbeid også innbefatter ytterligere veiledning omkring når en tilstand skal anses avklart versus uavklart. Selv om veiledningen kan synes entydig, er vår erfaring at det kan gjøres ulike medisinske vurderinger av hvor avklart en diagnose er ved vurderingstidspunktet, og dermed av om helsehjelpen primært skal være utredning eller behandling.

#### *Informasjon om tid for helsehjelp mv*

Pasienten skal i svaret på vurderingen få en informasjon om når helsehjelp kan forventes. Det foreslås at tidspunktet ikke skal ha et større intervall enn en uke. Dette mener vi er for kort, og foreslår at dette settes til et intervall på 1 måned. Et kortere intervall vil redusere fleksibiliteten i planleggingen ved sykehuset.

Det er videre foreslått at alle som har rett til utredning/ behandling innen seks måneder, skal få en konkret dato og klokkeslett for start av utredning/ behandling. Vi mener at seks måneder er for lang tid som generelt krav, selv om det vil være mulig i en del situasjoner. Som generelt krav vil det imidlertid føre til redusert fleksibilitet, og risiko for mange omramminger av time. I praksis viser det seg ved flere avdelinger at det er vanskelig å ha god oversikt mer enn 3 måneder fram i tid, også fordi man må holde av timer for hastetilfeller. Selv om det er rom for logistikk-forbedringer, anbefales at kravet settes til tre og ikke seks måneder. Det sikrer også at man kan sette av tilstrekkelige timer til de pasienter som kommer til og som har behov for time i løpet av dager/ få uker.

Tilbakemeldingen til pasienten etter at henvisningen er vurdert skal inneholde to tidspunkter, ett som er tidspunkt for når "utredning eller behandling skal settes i gang" (lovteksten) og ett som er den juridisk bindende tidsfrist for når pasienten senest skal ha fått utredning/ behandling. Den første er ikke juridisk bindende. Det er viktig at tekst i lov og

forskrift og i veiledninger og informasjon til pasienten blir tydelig, slik at det ikke oppstår misforståelser her. Det er erfaringsmessig vanskelig for mange å holde ulike typer tidspunkter og frister fra hverandre.

#### *Formidling til HELFO dersom frist ikke kan oppfylles*

I høringsbrevet påpeker departementet at få pasienter henvender seg HELFO, og at det av den grunn uansett er behov for å gjøre endringer i regelverket. Vi har selvfølgelig har en juridisk plikt til å gi pasienten rett til prioritert helsehjelp innen fristen, og at det arbeides hardt for å nå målet om null fristbrudd. Når så få pasienter i dag henvender seg til HELFO, kan det imidlertid dels ha sammenheng med at rundt halvparten av pasientene har fått oppfylt sin rettighet innen 13 dager, slik som påpekt i høringsbrevet. Mange vil akseptere at det går litt over tiden. Dette antallet burde også la seg redusere ved økt oppmerksomhet og bedret logistikk, siden det er såpass kort tid mellom frist og helsehjelp. Dessuten har de siste års fokus på fristbruddene vist at en del har fått oppfylt sin frist uten at det har vært registrert korrekt i de pasientadministrative systemene.

Det er foreslått at helseforetaket selv skal få plikt til å kontakte HELFO pasientformidling ved fare for fristbrudd. Vi støtter det. Det må imidlertid ikke være til hinder for at foretakene kan kontakte andre helseforetak med forespørsel om hjelp ved kapasitetsproblemer eller utnytte Kontoret for fritt sykehusvalg. Hovedpoenget må være at foretaket selv får ansvar for å skaffe et tilbud innen fristen, ikke at det nødvendigvis skal gå gjennom HELFO.

#### *Utvidelse av rett til fritt sykehusvalg til også å gjelde radiologiske tjenester*

Departementet foreslår å utvide ordningen med fritt sykehusvalg til å omfatte radiologiske institusjoner som har avtale med et RHF. Vi stiller oss spørrende til hensikten med denne endringen. Det er fullt mulig å bruke disse institusjonene i dag. I en del sammenhenger er det imidlertid sterkt ønskelig at radiologiske undersøkelser utføres ved foretaket, f. eks. ved oppfølging av kreftpasienter, preoperative utredninger mv. I praksis er dette ikke noe problem i dag, og vil neppe bli det med en utvidelse av ordningen heller, men vi ser ikke hvilken merverdi dette vil gi.

Dersom dette gjøres, bør det imidlertid samtidig legges til rette for og stilles krav om elektronisk samhandling mellom foretakene og de private radiologiske instituttene. Det brukes i dag mye administrative ressurser på å legge inn undersøkelser fra private fra CD-er inn i foretakets PACS-system.

#### *Økonomiske og administrative konsekvenser*

Departementet legger til grunn at forslagene kan gjennomføres innen gjeldende økonomiske rammer, og at det merarbeid som deler av forslagene medfører vil kunne oppveies av den forenklingen endringene innebærer.

En slik betydelig endring vil imidlertid etter vår mening måtte medføre omstillingskostnader. De pasientadministrative IKT-systemer på legges om, endringene må planlegges og implementeres i foretakene med derav følgende bruk av administrative ressurser. Det må gjennomføres et betydelig opplæringsprogram. Nasjonalt må det arbeides med prioriteringsveiledere, slik at de også omfatter pasienter som i dag ikke får rett til prioritert helsehjelp.

Det ovennevnte vil i stor grad være engangskostnader, som imidlertid ikke må undervurderes.

Avhengig av utforming, vil en juridisk frist for utredning/behandling for alle pasienter kunne gi kapasitetsutfordringer og mindre fleksibilitet ved toppbelastninger. Det vil høyst sannsynlig kreve økning i kapasitet som vil nødvendigvis medfører økte kostnader. Likeledes vil kapasitetsutfordringer kunne medføre økning i fristbrudd, som også vil være kostbart for foretakene.

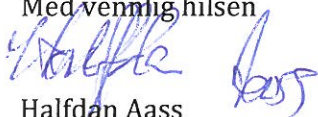
Vi mener også at utvidelsen vil medføre økt administrativt arbeid med derav følgende økte kostnader. Omfanget er imidlertid usikkert.

Det understrekes at det må legges som forutsetning at de pasientadministrative systemene er tilrettelagt for endringene før de settes i verk. Det må settes av tilstrekkelig tid til det før endringer gjennomføres.

### **Pasientrettighetsdirektivet**

Når det gjelder implementeringen av pasientrettighetsdirektivet, henvises til høringsuttalelse fra Helse Sør-Øst.

Med vennlig hilsen



Halfdan Aass  
Fagdirektør  
Vestre Viken

Kopi til: Helse Sør-Øst RHF